

## 記載例（表面）

〔申請代行される事業者様用〕

介護保険

☐ 要介護・要支援認定  
☒ 要介護・要支援状態区分変更認定

申請書

(宛先)名古屋市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

※1

|                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| 申請者氏名<br>(窓口に来られた方等)  | 本人との<br>関係                  |
| 提出代行者<br>名 称          | 事業所番号 ( )                   |
| 本丸居宅介護支援事業所 管理者 介護 花子 |                             |
| 申請者住所<br>(提出代行者所在地)   | 日中連絡のとれる電話番号 (052) 999-1111 |

申請代行される事業  
所名・役職・ご氏名・  
ご住所・電話番号をご  
記入ください。

|                     |                               |                     |
|---------------------|-------------------------------|---------------------|
| 被保険者番号              | 1 0 0 0 1 2 3 4 5 6 個人番号      | ※2                  |
| フリガナ                | ナゴヤ タロウ                       |                     |
| 被保険者氏名              | 名古屋 太郎                        | 生年 明治 39年 1月1日 性別 男 |
| 住 所<br>(住民登録地)      | 〒460-8508<br>名古屋市中区三の丸3丁目1番1号 | 電話番号 (052) 972-1111 |
| 現 在 地<br>(上記と異なる場合) | 〒                             |                     |

介護保険被保険者証  
をご確認の上ご記入  
ください。

|                     |                                                                                                                                               |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ↓必ずいずれかにチェックしてください↓ |                                                                                                                                               |
| 今後の認定通知等(注)の送付先     | <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input type="checkbox"/> 変更なし |
| 申請 歴                | 有 前回の認定<br>無 (有の場合) 要介護状態区分等 要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当                                                                                      |
| 現在の状況等              | <input type="checkbox"/> 居宅 ケアプランを作成している事業所名( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 入所・入院等(グループホーム・有料老人ホームなども含む)<br>施設名等(住宅型有料老人ホーム本丸)     |
| 変更申請の理由             | <input checked="" type="checkbox"/> 介護の手間の増加 <input type="checkbox"/> 介護の手<br>詳しい理由(9月末に施設内で転倒)                                               |

入院・入所等の場合は  
必ず施設名等をご記  
入ください。

|      |                                    |                     |
|------|------------------------------------|---------------------|
| 主治医  | 医療機関名                              | はち丸クリニック            |
| 所在地  | 〒460-8508<br>名古屋市中区はち丸1丁目1番1号      | 電話番号 (052) 999-9999 |
| 受診状況 | 通院中(最終受診日 年 月 日頃)・入院中(令和6年3月19日から) |                     |

現在定期的に受診さ  
れている医療機関を  
ご記入ください。

|          |                   |          |       |          |
|----------|-------------------|----------|-------|----------|
| 医療<br>保険 | 保険者名              | O×健康保険組合 | 保険者番号 | 01010011 |
|          | 被保険者等<br>記号・番号・枝番 | NGY99999 |       |          |

加入している医療保  
険の保険者名等を記  
入してください。

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

|       |       |
|-------|-------|
| 特定疾病名 | 脳血管疾患 |
|-------|-------|

|     |                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 同意欄 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護・要支援認定等に係る名古屋<br>市介護認定審査会の審査判定の結果を、主治医意見書を記載した医師に提示することに同<br>意します。<br>(署名) 被保険者氏名(認定を受けようとしている方) 名古屋 太郎<br>代筆の場合(代筆者氏名 介護 花子) (続柄等 担当ケアマネジャー) |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※区・支所処理欄  
受領者  
(資 負)  
確認  
☐ 申請者  
☐ その他  
※その他  
の場合は欄外  
に氏名・関係  
を補記

同意事項をお読みい  
ただき、チェック欄に  
☑をした上で、ご署名  
ください。  
(※3)

この用紙は、古紙パルプを含む再生紙を使用しています。

### <記入の際の主な注意事項>

- ※1 窓口提出の場合は区役所や支所での受理日、郵送提出の場合は到着した日が申請日となります。
- ※2 個人番号欄は記入の有無にかかわらず、申請書は受理します。なお、個人番号を記入する場合は、マイナンバーカード等の確認書類の添付が必要となります。(記入のない場合は添付不要)
- ※3 同意欄にご本人の署名がない場合でも申請書は受理できます。  
本人がやむを得ず署名できない場合は、本人の同意を得て代筆してください。その際は、代筆者氏名と続柄等をご記入ください。

新規・区分変更申請の場合の記載例  
(裏面) [申請代行される事業者様用]

区・支所で記入しますので、空欄でお願いします。

認定調査対象者連絡票

受付: 月 日 区・支 担当: 電話

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者番号                                 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 申請種別                                                                         | <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更<br>(注) 要支援からの区分変更は新規へチェック                                                                                                                                         |
| 被保険者<br>(調査対象者)                        | フリガナ ナゴヤ タロウ<br>氏名 名古屋 太郎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 現在の<br>要介護度                                                                  | 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br>要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br>(認定日 令和5年 5月25日) |
| 日程調整のための<br>連絡先等                       | フリガナ カイゴ ハナコ<br>氏名 介護 花子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 被保険者区分                                                                       | <input type="checkbox"/> 1号 <input checked="" type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                        |
| ※認定調査センターから1週間以内を目途にお電話します。<br>(平日の日中) | 電話〔優先①〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他<br>(052) 999-1111                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 電話〔優先②〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他<br>(090) 9999 | フリガナ、電話番号などもれなくご記入ください。                                                                                                                                                                                                                |
| 調査希望日                                  | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 火・水・木曜日の午後<br>※平日の日中(午前8:45~午後5:30)に調査します。ご希望に沿えない場合もあります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 調査実施場所                                 | <input type="checkbox"/> 住民登録地<br>住所の記入は不要です。 駐車場( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)<br><input type="checkbox"/> 現在地(住民登録地以外)<br>住所:<br>駐車場( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) 近隣パーキング( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)<br><input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所開始日( 令和6年 3月 22日)<br>医療機関・施設名: 住宅型有料老人ホーム本丸<br>電話( 123-4567 )<br>所在地: 中区はち丸1-1<br>今後、転院・退院予定がある場合は、下記をご記入ください。<br>転院・退院予定先( )<br>予定日( 年 月 日頃) 電話( ) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 立会者                                    | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先者<br><input type="checkbox"/> 他(氏名: ) (続柄等: ) (電話: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 窓口来庁者                                  | <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先者<br><input type="checkbox"/> 他(氏名: ) (続柄等: ) (電話: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 申請理由                                   | <input type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> 状態の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 病院の勧め <input type="checkbox"/> 他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 希望サービス                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 主たる疾病                                  | 脳血管疾患                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 世帯状況                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者(夫婦)世帯 <input type="checkbox"/> 子等家族                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 聴力                                     | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し耳が遠い <input type="checkbox"/> かなり耳が遠い <input type="checkbox"/> 聴覚補助具が必要 <input type="checkbox"/> 手話通訳が必要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| 認知症の症状                                 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (主な症状 何度も同じことを話す、突然大声で怒鳴る )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |
| その他留意事項                                | 調査時の注意事項・申請理由の詳細等がありましたらご記入ください(例:〇〇の話は控えてほしい)<br>・9月末に施設内で転倒し、大腿骨骨折。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                        |

(※) 区役所・支所確認欄 ☐ 入退院等で生活場所が変更となった場合、1週間以上空けての調査となる旨説明済み

調査は平日の日中に行います。2週間以内を目途にご記入ください。

認知症の症状がある場合は具体的に記入ください。